Hinojosa F.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

RUPTURA DEL CUERPO

UTERINO

DURANTE EL PARTO.

TESIS

Que para el exámen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al H. Jurado Calificador.

FRANCISCO HINOJOSA,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México,
Practicante interno de la Casa de Maternidad é Infancia y del Consultorio Gratuito de la Beneficencia Pública.



MEXICO.

TIP. "LA VOZ DEL SIGLO," SANTA ISABEL NÚM. 9½

1892.

A LA MEMORIA

—DE MIS—

QUERIDOS PADRES.

A MI BUEN AMIGO

Y MEJOR HERMANO

Lic. Zeferino Borrego.

AL EMINENTE CLINICO

Dr. Manuel Carmona y Valle

DIGNO DIRECTOR

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

A mis Maestros.

HISTORIA. Guillemeau fué el primero que dió á conocer con precisión el grave accidente de la ruptura uterina, que sus antecesores se limitaron á indicar. Llamada la atencion científica sobre la importancia de este asunto, no tardaron en ver la luz pública numerosas exposiciones superficiales sin apreciaciones razonadas que condujeran á reducir los hechos á su justo valor; la omision completa de investigaciones anatomo-patológicas hacian imperfecto el conocimiento de la lesion, tanto mas, cuanto qué aglomeradas en confusion las causas capaces de producirla, no daban la razon de su accion, ni indicaban género alguno de tratamiento.

Tales eran las lagunas que presentaban la mayoría de los escritos, que con diversos títulos trataban de ruptura uterina, hasta que Duparcque en 1836, tuvo el mérito de reunir las observaciones publicadas, hizo una clasificacion metódica de su etiología y explicó el mecanismo de su produccion. Desde entonces ningun autor de Obstetricia ha pasado en silencio cuestion de tan alta importancia, insistiendo principalmente en el tratamiento profiláctico, susceptible de prestar inmensos servicios, coronados de brillante éxito.

La Obstetricia ha participado del notable progreso de la ciencia en nuestro siglo, y como prueba elocuente nos presenta la perfeccion de sus operaciones preliminares capaces, de evitar entre otros accidentes, uno de los mas terribles, la ruptura de la matriz.

*
* *

La matriz es susceptible de romperse fuera del embarazo, en la gestacion y durante el trabajo del parto, pero me limito á tratar, en este imperfecto estudio, la que se verifica en el cuerpo del útero desde que se inician los dolores hasta la terminacion natural ó artificial del parto. Pero antes de emprender dicho estudio permítaseme tratar brevemente de la estructura del órgano y de las modificaciones mas notables que experimenta en el término del embarazo, al punto de vista anatómico y fisiológico.

El útero, destinado á guardar y mas tarde á expulsar el producto de concepcion, es un órgano hueco constituido por tres capas sobrepuestas: una externa, el peritoneo; otra media muscular y la interna mucosa. De forma piriforme y aplanada de delante atras, sostenida por la vagina y los ligamentos como un globo en la excavacion pélvica, está dividida en fondo, cuerpo y cuello. Su eje longitudinal mide 0^m068, el diámetro transverso tiene 0^m045 y el antero-posterior 0^m025. La longitud del cuello tiene 0^m030, la anchura 0^m027 y el espesor 0^m025. En las mujeres que han tenido hijos estas dimensiones aumentan 7 milímetros próximamente. Las dimensiones de la cavidad cervical predominan en las nulíparas y las del cuerpo en las multíparas.

El peritoneo se adhiere adelante y atras sobre la linea media formando el revestimiento externo del órgano;

pero la parte mas importante es la que está constituida por la túnica muscular y que Hélie ha estudiado cuidadosamente durante el período gestatorio. Describe tres capas sobrepuestas: la superficial compuesta de una asa vertical que comienza delante del cuello uterino, abraza el fondo para terminar hácia atras al mismo nivel de su origen; subyacente á esta asa, fibras transversales cubren la superficie uterina perdiéndose en los ligamentos anchos. Solo en el cuerpo hay fibras verticales, pero tanto en el cuello como en el cuerpo hay transversales.

La segunda capa, muscular ó media, no ocupa mas de el cuerpo de la matriz y sus fibras plexiformes y entrecruzadas circunscriben espacios que ocupan las arterias y venas.

La capa interna puede separarse en dos sobrepuestas: la mas superficial formada de fibras transversales circunscriben anillos irregulares que llegan hasta el cuello; la profunda tiene un haz longitudinal anterior y otro posterior. La direccion de estas fibras son comparadas por Chenantais á los rasgos de una Z. Dichos haces solo ocupan el cuerpo. Inmediatamente aplicada sobre la mucosa hay mas fibras transversales y oblicuas.

Solo la continuacion de las transversales de las capas superficial y profunda del cuerpo dan musculacion al cuello.

La cavidad uterina está tapizada por una membrana mucosa, blanco rojiza, mas delgada en el cuerpo y sembrada de glándulas utriculares, está cubierta por un epitelio vibratil que se convierte en pavimentoso en la mitad inferior de la cavidad cervical. La mucosa de esta última es mas gruesa, mas floja y de color mas claro, provista de glándulas en racimo.

Las fuentes de nutricion del órgano gestatorio son numerosas y mientras las arterias uterinas aórticas se distribuyen á la parte superior de sus bordes, las espermáticas externas llegan al fondo anastomosándose con las precedentes. Las ramas de las hipogástricas riegan la parte inferior del útero; surcando las paredes anterior y posterior se prolongan hasta el cuello. Las venas siguen el trayecto de las arterias y faltas de válvulas desembocan en la cava inferior, hipogástrica y epigástrica. Los linfáticos abundan en la capa muscular superficial para desembocar en el plexo pélvico, mandando ramas que siguen el trayecto del canal inguinal y se anastomosan con los linfáticos epigástricos. El tercero y cuarto nervios sacros mandan ramas al cuello, pero el simpático es el que está principalmente encargado de inervar el órgano. Así como el cuerpo es rico en elemento muscular, el cuello lo es en nervioso.

En el curso del embarazo la modificacion mas notable del organismo de la mujer se localiza en el útero. A causa de la actividad funcional y nutritiva sus elementos se hipertrofian é hiperplasian. Su volúmen aumenta paralelamente con el crecimiento del feto; su forma, textura y situacion, cambian en la gestacion, pero no siendo oportuno seguir en este estudio dichas modificaciones, nos concretaremos á recordar que en el término del embarazo la matriz afecta la forma ovoide, sus diversas porciones no se han desarrollado igualmente, el fondo supera al cuerpo, y éste al cuello, su peso llega á 1000 gramos; su longitud á 35 centímetros, su auchura á 24 y su espesor á 23 centímetros, tomando la media de las cifras de los autores. La cavidad que fué triangular en estado de vacuidad, toma tambien la forma ovoide. Adquiridas dichas dimensiones, el útero sale de la gran pélvis, ocupa la cavidad

abdominal, desaloja las asas intestinales, rechaza la vejiga hácia arriba, comprime y exagera la desviacion del recto hácia la izquierda; por la resistencia que encuentra en la columna vertebral, se inclina sobre la pared abdominal, el fondo se dirije hácia un lado, mas comunmente al derecho, de manera que el cuello se desaloja á la izquierda y atras; á esta situacion se añade un movimiento de torcion que aproxima hácia delante uno de sus bordes laterales ocupados por los ligamentos anchos.

*
* *

Mecanismo de la ruptura del cuerpo de la matriz. Cuando un músculo se encuentra sometido á una contraccion exagerada que no puede resistir, cede en el punto de union de sus fibras con el tendón ó desprende la porcion perióstica de su insercion, pero jamas se rompen sus fibras cuando poseen la integridad de textura, á no ser que en estado de contraccion intervenga un agente traumático en el músculo lleno, ó tension exagerada en el hueco.

El útero no tiene por qué hacer excepcion á la ley general á que está sometido el tejido muscular y presenta igualmente puntos fijos en donde concentra su accion.

Durante las primeras contracciones del útero en trabajo, las fibras corren menos peligro de romperse porque las fuerzas contractiles, que se ejercen segun la resultante, perpendicular á la tangente de su superficie, se comparten uniformemente por la presencia del líquido amniotico.

Cuando el trabajo avanza, cuando los dolores expulsivos obligan á progresar al feto en el canal que tiene que recorrer, cuando la fuente se ha roto, el útero se contrae

con tanta energía que se amolda por decirlo así sobre las partes fetales que presentan puntos de desigual consistencia. La predominancia y disposicion de las fibras musculares hacen que la contraccion en el sentido longitudinal supere á las otras, y tomando por punto fijo el cuello que tiende á acercar hácia el fondo uterino, mientras la parte presentada le dilata por presion, le obliga á ceder por su menor resistencia. Esto pasa en estado normal, pero cuando un obstáculo impide el descenso del feto ó solo le permite bajar lentamente en la excavacion, entónces falta un elemento de dilatacion del cuello y solo las fibras longitudinales le dilatan lentamente por traccion, mientras el útero estimulado hace mas duraderas y frecuentes sus contracciones que trasmite al segmento inferior por intermedio del cuerpo fetal, de donde resulta la desgarradura de este punto. Pero no solo el segmento inferior es el único expuesto á romperse, porque cuando el feto ocupa una posicion viciosa ó sus porciones estan desordenadamente situadas (como cuando ha muerto), las partes de su esqueleto forman salientes agudas aplicadas en una pequeña superficie del útero y constituyen asi uno ó varios puntos fijos en donde se ejerce la contraccion fibrilar; allí se debilitan los tejidos, se reblandecen y terminan por ceder. Para facilitar la comprension de este mecanismo, cierto autor, compara las partes salientes á un tallo rígido sobre el cual aplica un lienzo tendido. Dicho mecanismo nos dá cuenta de los diversos sitios de la ruptura. Su direccion siempre queda determinada por la misma direccion de la traccion muscular.

Radford hace observar que cuando el obstáculo está constituido por un estrechamiento, la ruptura no está en proporcion con su grado; porque mientras mas marcado

es en el estrecho superior, tanto el feto como el segmento inferior de la matriz no pueden descender, y las pro babilidades de ruptura son menores que cuando el estrechamiento es relativo y admite su entrada. En este último caso el segmento inferior queda comprendido entre los huesos pélvicos y la cabeza del feto; los músculos tiran tomando su punto de apoyo en esta parte fija que se contunde y reblandece, desgarrándose circular ó transversalmente.

Las desgarraduras que se producen en las primíparas en el borde del orificio pueden ser el punto de partida de una ruptura longitudinal considerable, cuando á pesar de contracciones violentas, el cuello se presta poco á dilatarse por completo y cubre la cabeza hasta la excavacion, ó cuando el ovoide cefálico es voluminoso.

Dice Dubois que como el útero está ordinariamente inclinado á la izquierda, y la posicion O. Y. Y. A. es mas comun, resulta que es mas frecuente la ruptura de este lado.

*
* *

Etiología.—El útero se rompe por la falta de equilibrio entre la fuerza expulsiva del cuerpo uterino y la fuerza de resistencia del canal genital que excede á la primera (Barnes.)

Partiendo de este principio general que explica la causa inmediata de la ruptura, se nos facilitará el análisis de causas particulares que de ella descuellan.

Se han dividido en predisponentes y determinantes. Tardieu, entre otros autores, que propone esta clasificacion admite que si el útero no está enfermo no puede romperse, y por consiguiente, sin una alteracion predisponente la causa determinante sería insuficiente para producirla.

Dicha proposicion no está de acuerdo con numerosos hechos que prueban que úteros sanos han estallado bajo la influencia de una contraccion violenta causada muchas veces por motivos aun insignificantes. Ademas, las causas determinantes quedan en realidad reducidas á la contraccion ó distension.

Dividiremos las causas en internas y externas, comprendiendo en el primer grupo las que dependen del huevo y las que provienen de la madre.

Causas por parte de la madre.—Cuando la matriz se encuentra debilitada parcial ó totalmente por una degeneracion tuberculosa, fibrosa ó grasosa, la pared se adelgaza, disminuye su consistencia orgánica, su poder contractil ó activo; estos puutos quedan expuestos á romperse por la presion que en ellos ejercen las regiones contiguas del feto. durante las enérgicas contracciones del resto sano del órgano.

L. Ormerod dice: que en todos los casos que ha observado de ruptura, jamas ha encontrado las fibras mus culares en degeneracion grasosa y pone en duda su existencia.

Planchon admite que el adelgazamiento puede estar constituido por un vicio de conformacion congénito; pero su opinion solo cuenta con el apoyo teórico, puesto qué en las observaciones que cita, el parto ha sido muy laborioso y se puede atribuir la ruptura al adelgazamiento originado por la presion de una parte fetal.

Cualquier presion por tumores peri-uterinos compromete la nutricion del órgano, lo debilita y lo pone en peligro de estallar.

La cicatriz de operacion cesarea tiene el mismo efecto, (desempeña el papel de un tendón) lo mismo que la inflamacion durante el embarazo.

En general, todo neoplasma que interese los tejidos uterinos, adelgazándolos ó engrosándolos, los debilita en extension mas ó menos considerable.

Cuando una parte de la pared uterina no toma parte en la contraccion, soporta todo el peso de la presion fetal y puede romperse.

Si el útero está desviado (vientre en alforja.) las fuerzas expulsivas cambian de direccion y se ejercen en un punto de la periferia del segmento inferior, le mantienen en un estado de distencion impidiéndole tomar parte en la contraccion general; resiente un esfuerzo incapaz de soportar y cede. (obs. V.)

Toda alteracion que tenga por efecto aumentar la resistencia orgánica de la matriz (cirrosis.) en lugar de preservarla de romperse, la expone mas, porque la resistencia que opone es puramente pasiva y no es posible que soporte la fuerza de contraccion activa del resto del órgano ayudada por la contraccion de la pared abdominal.

En los vicios de conformacion de la pelvis que constituyen un estrechamiento, el segmento inferior queda comprimido entre la cabeza y la pélvis; la nutricion es insuficiente, el tejido se reblandece ó gangrena y se rompe. (obs. I.)

Kilian ha llamado la atencion sobre las pélvis deformes que presentan salientes cortantes, principalmente en la eminencia ilio-pectínea y el púbis que producen con facilidad rupturas. En la pélvis raquítica los puntos prominentes estan en el promontorio y la sínfisis del pubis. Dice Guillemeau que los cálculos vesicales hacen el mismo papel que una exostosis. Segun Depaul, los relieves cortantes del estrecho superior no son un peligro cuando no se acompañan de otra deformacion de la pélvis.

Los tumores que obstruyen mas ó ménos el canal, la rigidez del cuello ó vagina y muy especialmente las cicatrices consecutivas ó cauterizaciones enérgicas ó debridaciones del cuello, son causas frecuentes de ruptura. (obs. IV.)

Bajo la influencia de una emocion ó excitacion violenta que la madre resienta, fuera de obstáculo cualquiera con integridad, de la bolsa de las aguas, la matriz puede contraerse bruscamente y determinar una ruptura por la incompresibilidad de su contenido. Barnes cita un caso de ruptura producida unicamente por esfuerzos de defecacion durante el periodo preparatorio ya avanzado.

Fijémonos un momento en una causa que es de las mas frecuentes, del accidente que nos ocupa: quiero hablar de la administracion de ocitócicos. Todas las Escue, las y especialmente la Mexicana ha trazado con la mayor precision las indicaciones del cuernecillo de centeno, y nuestros sabios maestros no se cansan de llamar la atencion sobre este medicamento [como sobre todos los ocitócicos], que en manos diestras es de los mas poderosos medios para arrebatar á madre é hijo de una muerte segura. Pero es de lamentar que dicho medicamento haya caido en las manos torpes del vulgo que lo convierte en un veneno, por la imprudencia de su aplicacion inoportuna, mas bien dicho, criminal. No son nada raros los casos en que lo dan en partos distocicos cuando la madre perece bajo el rudo golpe del sufrimiento. El cuernecillo en estos casos, en lugar de ser benéfica ayuda á la naturaleza, tetaniza la matriz, la hace estallar, arrebata el último suspiro á una madre y abre una tumba humana á una sér inocente.

*
* *

Causas que dependen del huevo.—Si la presencia de cantidad normal de líquido amniótico, por el único hecho de constituir un contenido incompresible, puede ocasionar la ruptura durante una contraccion, aun moderada, sin dilatacion cervical, fácil es prever que cuando está en exceso (hidroamnios), lleve la cavidad á una distencion exagerada, adelgace la pared uterina y facilite la ruptura.

En iguales condiciones se encuentra la matriz en el embarazo gemelar (y mas cuando los fetos se enganchan entre sí), en la hidrocefalia, las monstruosidades y en las presentaciones viciosas que forman una cuña de ancha base que le impide penetrar en el canal.

Barnes señala como causa frecuente, la muerte del feto. Cuando el niño ha muerto desde hace algunas horas, dice, pierde su elasticidad; la fuerza que comprime el asiento no se trasmite á lo largo de la columna vertebral, de manera de facilitar el descenso del feto, como cuando está vivo; el tronco se encorva, la cabeza se dobla sobre el tórax y todo el cuerpo tiende á formar una bola de tanta resistencia, como es la que ofrece una presentacion de hombro. (obs. VI.)

A esta concepcion puramente teórica se ha opuesto una objecion y es: que las partes fetales presentan mas resistencia durante la vida por la tonicidad muscular.

Causas externas.—Ademas de las numerosas variedades de traumatismos que pueden ejercer su accion á traves de la pared abdominal trasmitida al útero, hay casos en que intervenciones obstétricas, torpes ó nó, pueden

producir la ruptura uterina. Tyler Smith asegura que la irritacion causada por el tacto ha sido suficiente para determinarla; pero estos casos han sido excepcionales.

Cuando el feto está enclavado, el útero contraido sobre él y se intenta introducir la mano para hacer la version, entónces la ruptura se produce con gran facilidad; si el esfuerzo para llevar la mano á la cavidad uterina es considerable, el útero puede desprenderse completamente de su insercion vaginal, y con mas razon si se olvida la precaucion de sostener el fondo del órgano con la mano aplicada sobre el vientre, como es la regla. (obs. II.)

La aplicacion intempestiva del forceps (obs. III), la introduccion de ganchos que facilmente resbalan; el cefalotribo, y en general, todos los instrumentos destinados á operaciones obstétricas, pueden convertirse en ármas ofensivas cuando no se manejan con la prudencia que el arte aconseja.

Recorriendo los anales de la literatura medica, se vé que la gran mayoría de las rupturas uterinas han tenido por causa la aplicacion de instrumentos durante el parto, y entre nosotros la introduccion de la mano para hacer la version en las presentaciones de hombro.

Las presiones fuertes y bruscas aplicadas sobre el vientre son capaces de determinar la ruptura.

*
* *

Síntomas.—Durante las contracciones violentas de la matriz la mujer manifiesta un dolor agudo, desgarrador, fijo en un punto de la matriz, (observ. V) diferente del dolor propio del parto; se queja de una sensacion de cuerpo pesado que cae en el abdomen, y de un líquido caliente que corre por los riñones y las ingles. Siente movimien-

tos bruscos y violentos en un punto distinto al que estaba habituada á sentirlos, pero que no tardan en ser seguidos de inmovilidad absoluta.

En muchos casos se percibe un ruido especial, y la mayor parte de los autores citan ejemplos en que dicho ruido puede adquirir tal intensidad que es oido por las personas que rodean á la enferma; pero Dubois y Depaul no le dan importancia alguna y le consideran como puramente teórico ó imaginario, á pesar de que Jolly asegura haber asistido á varios casos en los que ha podido apreciarlo.

Los dolores de parto se suspenden súbitamente, aparece una calma engañosa: la inyeccion de la cara y la agitacion cesan; los miembros dejan los puntos de apoyo que favorecían los esfuerzos, y la mjuer lleva instintivamente las manos al vientre. (obs. V y VI.)

Cuando la ruptura no tiene dimensiones suficientes para permitir la salida de una gran parte del feto, las contracciones no se suspenden. (obs. III.)

El choque no tarda en manifestarse por síntomas de adinamia: la cara se afila y palidece, los ojos pierden su brillo, el malestar y la inquietud se manifiestan; el hipo, los vómitos, sumbido de oidos, lipotimias, sudor frio y viscoso cubre todo el cuerpo, el pulso es débil y frecuente, la respiracion fatigosa, y por fin, temblor general ó síncope indican la anemia aguda causada por hemorragia interna.

La hemorragia externa es rara porque la parte presentada le impide producirse. (obs. I, II, IV y VI.)

Este cuadro sintomático no es tan claro en todos los casos y cuando la ruptura se hace lenta y progresivamente, el dolor puede ser poco intenso y los síntomas de colapso aparecen gradualmente.

Cuando gran parte del feto ha salido del claustro uterino á la cavidad abdominal, la forma del vientre pierde su esfericidad y se ven salientes y depresiones.

La palpacion permite sentir desigualdades fetales con mas claridad que cuando estaba en la cavidad uterina.

El útero ya no ocupa la línea media y se puede desalojar el feto comprimiendo la pared abdominal. (obs. III.)

El estetoscopio dá signos negativos de la vida del feto, y los ruidos intestinales se multiplican.

El tacto dá signos mas precisos: si la fuente no se ha roto pierde la tension que le es propia, se siente floja; el niño que se habia encajado mas ó ménos, huye y no se alcanza con el dedo explorador; (obs. V) el cuello se estrecha, la mano no puede penetrar. Otras veces se tientan asas intestinales que se han escapado por la ruptura (obs. IV y VI) y si es posible penetrar mas se dá cuenta de su sitio y extension.

Fácil es comprender que faltan estos signos cuando la ruptura se verifica sin desalojamiento considerable del contenido de la matriz.

Quiero llamar la atencion sobre un signo que he podido observar, y aunque solo ha sido en tres casos, creo poderlo generalizar á hechos semejantes por ser explicable su produccion: es el movimiento de sube y baja, de émbolo, si se me permite la expresion, de uno ó varios miembros cuando han descendido á la vulva, isócronos á los movimientos respiratorios. (observ. IV.)

La temperatura es muy variable, ya es la normal, (obs. I, II y III), ó sube á 40.º (obs. IV.)

*
* *

Diagnóstico.—Cuando los síntomas de ruptura son característicos, que aparece un dolor agudo que interrumpe la contraccion, que la muerte del feto se anuncia luego por convulsiones violentas seguidas de inmovilidad completa y desaparicion de latidos; que se aprecia su desalojamiento en la cavidad abdominal, y por fin, los fenómenos de calapso indican el terrible accidente, entónces el diagnóstico es de los mas sencillos. Pero esto no siempre pasa así y muchas veces se han visto mujeres que manifestando aparente tranquilidad, han perecido súbitamente sin que la ruptura se anunciara por síntoma grave alguno; ó bien, los que aparecieron eran tan poco alarmantes que alejaron la idea del accidente mortal.

Kiwisch dá como signo muy importante la formacion de enfisema hipogástrico, pero no es constante, y Jolly señala como buen signo un derrame sanguineo considerable en la pared anterior de la vagina, como indicio de ruptura incompleta.

Cuando los brazos han salido de la vulva y que el anillo de la desgarradura fija por la retractilidad, la situacion del feto que ocupa la cavidad abdominal, que la pared del vientre ademas de ser gruesa se encuentra contraida por el dolor, entónces los datos suministrados por la palpacion son nulos, con mas razon los del tacto vaginal que es impracticable. (obs. II) En estos casos, antes de emplear el cloroformo para facilitar la exploracion, creo se recurre con ventaja al tacto rectal y tal vez en esta situacion es cuando preste alguna utilidad el signo que he mencionado y que no he visto descrito en los autores:

movimientos de los miembros caidos, isócronos á los movimientos respiratorios de la madre.

PRONÓSTICO.—Churchill cita un número considerable de curaciones, y entre ellos algunos en los que el niño habia caido a la cavidad abdominal y extraido por version; pero se puede asegurar de una manera general que la ruptura uterina es un accidente mortal para la madre y para el hijo.

Se comprende que la gravedad disminuye cuando la desgarradura no comprende todo el espesor de la pared uterina [incompleta], y que la ruptura peritoneal es mas grave que la mucosa.

Lo mas comun, desgraciadamente, es que la mujer recurre á los auxilios médicos cuando la catástrofe ha tenido lugar y el niño ha muerto por asfixia.

El agotamiento nervioso puede bastar para producir una muerte rápida, porque el síncope consecutivo á la hemorragia no se presenta en muchas ocasiones. En efecto, si la ruptura es incompleta ó comprende toda la pared uterina, la parte fetal que pasa al vientre hace oficio de tapon, ó que la desgarradura se halle cerca del cuello, poco vascular, ó en fin, que la matriz se retraiga despues del paso del niño al abdomen, la hemorragia es tan moderada que es insuficiente para producir la muerte. (obs. II.)

Si la enferma ha tenido la fortuna de escapar á estos dos grandes peligros, queda otro no ménos grave: la metro-peritonitis provocada por el derrame de líquido amniótico, los coagulos sanguineos y el meconio expulsado por el feto en el momento de la asfixia. (obs. I.)

El pronóstico será ménos grave en caso que el partero asista al accidente y emprenda con oportunidad el

tratamiento indicado, en una mujer robusta que ha resistido la sideracion nerviosa.

Desde la feliz introduccion del método antiséptico, el número de curaciones ha aumentado y los autores modernos describen los notables resultados de su intervencion.

*
* *

TRATAMIENTO.—Difícil será que haya en la actualidad partero alguno que participe de la opinion de Hunter, Garthshore y Denman que aconsejan dejar la marcha natural del trabajo. La evidencia de los hechos se opone á hombres tan ilustres.

Trask fué el primero que demostró que en los casos curados de ruptura uterina, el tiempo trascurrido entre el accidente y el parto artificial no excedía de 5 horas.

Presenciar la inminencia del peligro con las manos cruzadas sería un acto inhumano, y el práctico concienzudo no debe esperar un instante en prestar los auxilios que la ciencia le proporciona.

El tratamiento es profiláctico y curativo.

No nos ocuparemos de los casos en que la mujer se ha hecho reconocer en los últimos meses del embarazo y que el partero ha dispuesto de tiempo suficiente para evitar la ruptura, provocando el parto prematuro en pelvis de estrechez relativa, operando la version por maniobras externas en posiciones viciosas, dilatando artificialmente el cuello con el dilatador de Tarnier, ú otro de tantos procedimientos que hay, cuando la dilatacion se retarda demasiado, etc., etc., sino que trataremos de esos casos urgentes en que la matriz se encuentra en gran peligro de romperse ó acaba de estallar.

Cuando se asiste á una lucha entre la potencia uterina y la resistencia, sea cual fuere, nunca se debe perder de vista que lo mas comun es que la matriz se agote primero, estalle y deje de combatir. Los medios de ayudarla consisten en disminuir la resistencia ó en moderar la violencia de su accion, de ese estado tetánico ó espasmódico despertado por la influencia éxito-motriz de la médula ó por la administracion imprudente de ocitócicos.

La resistencia no siempre es susceptible de suprimirse con la prontitud necesaria y para ganar tiempo se debe procurar reposo á la matriz. Sin pasar en olvido ese requisito indispensable de la practica obstétrica de evacuar el recto y la vejiga se deben emplear desde luego los agentes anti-espasmódicos: el cloral, el ópio, los bromuros, las inhalaciones de éter ó cloroformo sin prolongarlos hasta la anestesia quirúrgica [á la reina]. Richardson recomienda las inhalaciones de nitrito de amylo mesclado con éter [seis gotas del primero con cuatro del segundo,] como el mejor agente epecontócico.

Mientras no se logre obtener el reposo de la matriz, nadie está autorizado para introducir la mano ó instrumento alguno; por que se corre el grave peligro de provocar precisamente lo que se trata de evitar, la ruptura.

Moderadas las contracciones exageradas, el práctico interviene oportunamente, llenando las indicaciones que el caso exija.

Si el vientre está en alforja, sujetará la matriz por medio de un vendaje para guardar la posicion normal que confunde su eje con el de la pelvis y el del feto. En posiciones viciosas emprenderá la correccion por maniobras mixtas. Si la extrechez congénita ó adquirida es la causa de la tetania uterina, la operacion Cesarea ó la embriotomia si el niño ha muerto.

Describir el tratamiento profiláctico, seria enumerar todas las operaciones obstétricas aplicadas contra la distocia.

Si la ruptura ha tenido lugar, la primera indicacion es combatir el colapso por tónicos y estimulantes difusibles introducidos por la via hipodérmica, como el éter, alcohol, cafeina, sulfato de estricnina, etc., etc.

Si el feto está vivo la intervencion variará segun que se encuentre en el campo del forceps [pequeña pelvis] ó en el de la version [gran pelvis.]

Cuando el feto vivo ha pasado á la cavidad abdominal la intervencion variará igualmente, con las aptitudes del partero. Puesto que se trata de salvar al niño á toda costa, intentará la version siempre que confie en la habilidad de sus manos, y de lo contrario preferirá la laparotomia sin olvidar que el niño perece en pocos instantes si no se abre con prontitud la cavidad abdominal.

Si el niño ha muerto y salido completamente del claustro uterino, no se debe vacilar un momento en hacer la laparotomia, porque si se intenta extraer el feto por las vías naturales, ademas de ser demasiado difícil conseguirlo, lo único que se hace es maltratar el peritoneo, aumentar la desgarradura y por consiguiente la hemorragia.

Por otra parte, la única esperanza de salvar á la madre y la que dá probabilidades de vida es la laparotomia, porque aunque se han citado raros ejemplos de curacion por ese recurso que presta la naturaleza al formar un tejido que enquista al producto, dichos casos son excepcionales y se prestan á serias objeciones. En efecto, dificilmente se concibe que el peritoneo tan susceptible en invasion rápida, soporte la presencia de un cuerpo extraño que abarca gran parte de su superficie, que tolere la descomposicion de los coagulos sanguineos y los líquidos derra-

mados; en fin, la supuracion que proviene de la herida uterina, cuyos bordes irregulares no quedan en condiciones apropiadas para unir por primera intencion.

La histerectomia por la via vaginal no ofrecería las ventajas de la laparotomia porque ademas de la contusion peritoneal que resulta de las maniobras dificiles de extraccion, no se presta, como la laparotomia al aseo completo del vientre.

Si tenemos ejemplos de curacion por esta intervencion y Garnier entre otros ha tenido la dicha de salvar á madre é hijo, si en la actualidad somos testigos de que el cirujano, rodeado de precauciones asepticas ó antisepticas, penetra al vientre sin peligro alguno ¿por qué vacilar un momento en aplicar un tratamiento racional, facultado por el adelanto científico y que es el único que ofrece probabilidades de salvacion?

La inocencia de las incisiones exploradoras de vientre nos prueban que emprendiendo dicha operacion en nada se agravan las consecuencias.

Esté el niño vivo ó muerto, dice Trask no se deberá vacilar en hacer la gastrotomia, siempre que no sea posible la extraccion por las vias naturales. En Alemania, Inglaterra y Francia no hay ya discucion sobre esta intervencion que todos aceptan.

Fácil es prever que los parteros tuvieron la idea de obtener ventajas de la nueva operacion Cesarea en los casos de ruptura, puesto que este accidente es en realidad una histerotomia accidental. Allessandrini y Pinard han formulado con claridad el consejo de emplear el método de Porro en las rupturas de la matriz, y Halbertoma fué tan feliz al ponerlo en práctica que logró salvar á madre é hijo.

Segun Dechambre esta operacion no puede constituir un método general de tratamiento para las rupturas uterinas poco extensas y poco graves; pero si el desórden es muy considerable para esperar una reunion conveniente de una ó varias desgarraduras amplias, irregulares, de bordes delgados, de colgajos contundidos, impropios para la reunion, dando serios temores de hemorragia, de inflamacion ó gangrena, no se deberá vacilar en quitar un útero tan gravemente alterado. Operando la histerectomia se trasforman las superficies divididas, alteradas por el traumatismo, en una herida regular, al abrigo de hemorragia secundaria y completamente desinfectada.

La operacion, las curaciones y los cuidados consecutivos son del dominio de la cirugia abdominal y que no podemos exponer en un estudio tan reducido como este, pero debemos advertir que es de imperiosa necesidad el establecimiento de una sala apropiada de operaciones con todos los útiles y condiciones que exige la rigurosa asepcia, y siempre dispuesta para emprender en ella dicha operacion tan urgente como delicada; de lo contrario, los esfuerzos del cirujano son completamente infructuosos.

OBSERVACIONES.

I.

Casa de Maternidad.—Micaela Rocha, oriunda de México, de 36 años de edad, temperamento sanguíneo y buena constitucion; lavandera y planchadora, sana de ordinario, ha tenido siete partos anteriores, distócicos todos, menos el tercero. Llegado el noveno mes del octavo embarazo, se iniciaron los dolores del parto, se rompió la fuente á las ocho de la mañana del 6 de Marzo de 88 y despues de haber sentido un dolor muy agudo de vientre, cesaron definitivamente aquellos. Refiere que desde el dia 3 con ocasion de varias emociones morales vivas y prévio un calosfrio muy intenso, dejó de sentir los movimientos del producto, por lo que creyó que éste habia muerto; á las nueve de la noche del citado dia 6 fué conducida á la casa de Maternidad, en donde el practicante la sometió al reconocimiento debido, del cual dedujo lo siguiente: que la parte postero-superior de la vagina y la correlativa del segmento inferior de la matriz, ofrecian una abertura longitudinal, por donde hacia hernia una porcion del intestino delgado y hácia el lado izquierdo y porcion alta del canal sintió un tumor duro, que al principio lo tomó por la cabeza del feto, pero que debidamente examinado encontró ser el útero retraido: reconociendo el vientre por la palpacion, sintió las desigualdades del producto situado inmediatamente debajo de la pared del vientre, no hallando ni los movimientos propios ni los latidos de su corazon. En vista de esto, y tratando de

llenar la indicacion que se ofrecia, prévias las precauciones necesarias, procedió á hacer la extraccion manual del producto, introduciendo la mano por la desgarradura llevándose la porcion herniada del intestino. Esta maniobra y la indispensable para extraer al feto se hicieron sin causar á la paciente ninguna molestia· tomados los pies con la mano introducida, y ayudando la maniobra exteriormente con la mano que quedaba fuera, consiguió extraer el tronco, y para realizar la saca de la cabeza, no pudiendo hacer la maniobra correlacionando la pared anterior del cuello con la del canal, como es de precepto, buscó la manera de lograrlo, y hubo de conseguirlo, relacionando los diámetros longitudinales de la cabeza con el transverso del estrecho superior, lo cual le hizo sospechar que el diámetro antero-posterior del referido estrecho tuviese menos dimensiones que las debidas. Acabando de extraer el producto, se trajo tambien la placenta, que con este yacia en la cavidad abdominal.

El aspecto de la paciente y los síntomas objetivos y subjetivos revelaban dos cosas: primera, que habia habido grande hemorragia interna y violenta peritonitis, efectos una y otra de la rotura perforante de la matriz y de la porcion alta de la vagina, acaecida fuera de la casa á las ocho de la mañana de ese mismo dia.

El estado de la paciente á las nueve de la mañana del siguiente, era sumamente alarmante. A pesar de los signos muy marcados de hemorragia interna, daba muestras de la mas viva entereza; su voz era perfectamente clara y fuerte y sus facultades mentales expeditas. Respondia con presteza á cuantas preguntas se le dirigieron, é hizo una relacion exacta de todo su pasado. Por su boca supimos, que en su último embarazo el vientre estaba

colgante al grado de caer sobre sus muslos (vientre en alforja) y que para remediar esa situacion, que le era muy penosa, ideó reponerlo en su lugar por medio de una faja; con cuyo medio disminuyeron sus molestias y pudo dedicarse á sus faenas propias de lavado y planchado. No obstante la entereza de que daba muestras, la faz era hipocrática, y toda la piel, con excepcion de la pared abdominal, estaba yerta y cubierta de sudor frio y pegajoso. La inquietud que se echaba de ver no dependia tanto de la sensibilidad del vientre, que no era muy exagerada, cuanto de la excitacion nerviosa de que se hallaba poseida. La cavidad abdominal era voluminosisima y habia timpanismo. La temperatura axilar marcaba 37° y el pulso era pequeñísimo y filiforme. Habíasele prescrito desde la víspera, calomel á dosis fraccionadas y morfina al interior, y al exterior, unguento doble de mercurio y vejigas con hielo. Por alimento, leche cada tres horas. Micaela Rocha murió á las once de la mañana, habiendo sobrevivido veintisiete horas al accidente.

Necropsia.—Abierta la cavidad del vientre, halláronse los caracteres anatomo-patológicos de la peritonitis aguda generalizada. Abundante derrame de sangre en la cavidad peritoneal. El cuerpo de la matriz en estado de integridad perfecta, pero exangüe. La insercion placentaria estuvo en la parte posterior izquierda de la zona polar superior, cerca del orificio de la trompa correspondiente. La vagina estaba rota hácia su pared posterior, en direccion de la linea mediana, y la rotura avanzaba 35 milímetros sobre su insercion á la matriz, sin que el cuello y los bordes del orificio participaran de la lesion. La herida total media una extension aparente de 60 milímetros y era perforante.

Reconocida y medida la pélvis, resultó disminuida la área del estrecho superior por la saliente del ángulo sacro-vertebral.

Diámetros del estrecho superior.

Sacro púbico.......................0m091
Transverso..........................0m130
Oblicuos, cada uno..................0m120

En resumen, hubo rotura perforante útero-vaginal; hubo hemorragia grave y peritonitis intensa generalizada.

II.

Casa de Maternidad.—El 24 de Febrero de 1892, se recibió en este Hospital á María de Jesus Rodriguez, de 26 años de edad, secundípara y de regular constitucion. Interrogándola dió los datos siguientes: en su parto anterior no habia sufrido accidente alguno; durante su último embarazo solo había tenido trastornos digestivos en los primeros meses. Hacía tres dias le habian comenzado los dolores del parto y desde la noche anterior se habia roto la fuente; á las cinco de la mañana salió un brazo de la vulva, bajo la influencia de esfuerzos de defecacion. En la misma mañana la asistieron tres médicos y cada uno habia introducido la mano intentando hacer la extraccion del feto, sin conseguir su objeto. El dolor de vientre era continuo é insopoctable y se sentía muy debilitada.

A la inspeccion se apreciaba el sufrimiento por la alteracion de su fisonomía y la agitacion constante. La pared abdominal cargada de grasa llevaba cuarteaduras recientes y pocas antiguas, pero la forma general del vientre no tenia nada especial que llamara la atencion. Habia procidencia del brazo izquierdo (hinchado), de la mano derecha en isquemia y del cordon que no latia; pe-

ro estas partes fetales estaban dotadas de movimientos trasmitidos, isócronos á los movimientos respiratorios, bajaban en la inspiracion y subian en la expiracion.

Como la palpacion se dificultaba por la contraccion de los músculos abdominales despertada por la intensidad del dolor, se le puso una lavativa laudanisada despues de evacuar el recto y la vejiga; se le dieron algunas cucharadas de cognac, pero que no tardó en expulsar por vómitos. La tension del vientre no cedia y se recurrió al cloral y bromuro en enemas; mas como pasado algun tiempo no se obtenía el efecto deseado, se le sometió á la anestesia clorofórmica para combatir el dolor intolerable y facilitar la exploracion. Los vómitos continuaron, el pulso era débil y muy frecuente, el termómetro marcó 37°3. Dormida la enferma, se limitaba por la palpacion un cuerpo piriforme, que ascendía á cuatro dedos arriba del ombligo, su consistencia era mayor en la parte inferior y ocupaba la linea mediana; en la fosa iliaca izquierda se sentia un cuerpo del tamaño y consistencia de una cabeza de feto. Por el tacto se alcanzaba el promontorio que formaba una saliente cortante.

Por los dolores intensos y continuos, como por la consistencia de lo que se tomaba por útero, se creyó en un estado tetánico de la matriz originado por la actitud viciosa del feto ó por un vicio de conformacion de la pélvis por la cercania del promontorio.

Al despertar, la enferma se quejaba cada vez mas del dolor y en espera del médico del Departamento se le prolongó la anestesia á la reina.

Repitiendo el tacto cuidadosamente se pudo apreciar una desgarradura transversal del útero, situada á la derecha y un poco arriba de su insercion vaginal. Acentuán-

dose los síntomas de colapso se le pusieron inyecciones de sulfato de estricnina y de éter.

A las dos de la mañana el Sr. Dr. F. Hurtado, en sustitucion del Sr. Capetillo que se encontraba enfermo, reconoció á la enferma y procedió á practicar la laparotomia. Al abrir el vientre, prévias las precauciones asépticas, extrajo al producto y la placenta flotantes entre las asas intestinales; hizo un lavado perfecto de la cavidad abdominal invadida por coagulos sanguíneos y meconio. Practicó despues la histerectomia. Como en el curso de la operacion, el pulso se hacia imperceptible, no dejaron de ponersele inyecciones hipodérmicas de cafeina, y sulfato de estricnina.

Se suturaba la pared del vientre, capa por capa, cuando la enferma espiró.

NECROPSIA.—Como en la operacion se habia visto que la ruptura completa tenia una extension de catorce centímetros próximamente, se tomaron los diámetros de la pélvis y los del feto.

Peso del feto.......................3,130 gramos.

Diámetro.	Longitudinal.	0.58	centímetros.
	Occípito mentoniano	0.11	,,
	Bi-parietal	0.09	,,
	Sub-occípito frontal	0.11	,,
	Idem bregmático	0.09	,,

Dimensiones de la pélvis.

Altura del púbis..............0.04 centímetros.

Diámetro.	Transverso anterior	0.23	,,
	Transverso posterior	0.24	,,
	Antero-posterior	0.09	,,
	Oblicuos, cada uno	0.12½	,,
	Antero-posterior de la parte masancha de la excavacion	0.15	,,

En resumen, hubo ruptura completa transversal; hemorragia interna consecutiva; pélvis espondilolistésica. La enferma sobrevivió veintidos horas al accidente.

III.

Casa de Maternidad.—Tiburcia Rivas, originaria de México, de 38 años de edad próximamente, de buena constitucion, lavandera y sana de ordinario, ha tenido ocho partos eutócicos. En el noveno mes de su nono embarazo, se iniciaron los dolores de parto á las tres de la tarde del 27 de Abril de 1892. Pasadas cuatro horas la sometieron á esos movimientos bruscos conocidos vulgarmente con el nombre de manteo, y le dieron á tomar una infusion y chocolate con pimienta. Desde la tarde se habia roto la fuente y á las ocho de la noche la partera que la asistia, introdujo la mano causándole dolores atroces.

A la una de la la mañana, viendo que no se mejoraba, pidió los auxilios de un médico, que sin someterla á la anestesia intentó tres veces la extraccion del producto, empleando instrumentos en la primera vez y las manos solas en las otras. El único resultado de sus maniobras consistió en sacar el brazo izquierdo. La enferma no supo precisar el momento en que dejó de sentir los movimientos del feto. Una hora despues fué conducida á la Casa de Maternidad en donde el practicante del Departamento Señor Estéban Campos la reconoció y obtuvo los datos siguientes: vientre en alforja, útero erguido, tetanisado é inclinado de arriba abajo y derecha á izquierda, y en el segmento inferior de la matriz una depresion seguida de una saliente del tamaño de una manzana, al nivel de la fosa iliaca izquierda. El brazo izquierdo salia de la vulva y separando los grandes labios se veia la mano derecha y el cordon. Por el tacto se dió

cuenta de una presentacion de cara (M. I. I. A.) La hemorragia era abundante, el pulso extraordinariamente frecuente y apenas perceptible; la temperatura 36°8 y la respiracion, 39 por minuto. El dolor de vientre intensísimo, principalmente hácia la izquierda. Los vómitos eran penosos y el estado general era el de la adinamia hemorrágica. Anestesiada la enferma, evacuados recto y vejiga se la colocó en posicion toconómica. El Sr. Dr. Capetillo dándose perfecta cuenta del caso clínico en todos sus detalles y ratificando la opinion del practicante, en cuanto á la presentacion del feto y á la ruptura uterina que hemos dicho, procedió á hacer la version con la habilidad que le caracteriza y con el mayor cuidado extrajo el producto y la placenta que estaba completamente despegada.

Al volver de la anestesia, los síntomas no habian cambiado y aunque la paciente manifestaba mas calma, su estado era muy alarmante: el pulso no se percibia, las pupilas se dilataron y los vómitos no cedian.

Las inyecciones de cognac y estricnina disminuyeron poco despues el estado de postracion. En medio del dolor la enferma manifestaba entereza y contestaba sin dificultad las preguntas que se le dirigian, repitiendo los mismos datos que al principio habia dado.

Se le prescribió hielo y ópio al interior. cucharadas tónicas y leche cada tres horas.

La hemorragia externa se suspendió desde el momento que se desocupó la matriz, pero el colapso se marcaba cada vez mas y á las doce del 28 dejó de existir Tiburcia Rivas.

Necropsia.—Abierta la cavidad abdominal encontróse un derrame sanguíneo abundante; el útero del tamaño de la cabeza de un feto á término; la desgarradura

con bordes contundidos ocupaba la parte lateral izquierda y la mitad anterior de la zona inferior de la matriz, siguiendo la direccion transversal. Los diámetros de la pélvis eran normales, lo mismo que los del feto.

IV.

Observacion de la clientela particular del Dr. Demetrio Mejía.—A principios del año de 85 fuí solicitado para asistir á la Sra. de C., de 34 años de edad próximamente, madre de tres niños y que sufría un catarro pulmonar agudo. No habia padecido anteriormente del aparato pulmonar, su constitucion era bastante buena y salvo el hecho de no haber vuelto á tener niños en un espacio de diez años, nada señalaba que pudiera hacer sospechar enfermedades anteriores.

El catarro pulmonar que se habia prolongado afectando cierta gravedad, llegó á ceder, persistiendo algo de tos y fatiga. Habiéndome manifestado la sospecha que abrigaba de estar embarazada, se sugetó al reconocimiento indispensable y pude entonces apreciar que en efecto existía un embarazo como de cuatro meses. Así me expliqué satisfactoriamente aquella tos y fatiga rebeldes á cuanto método empleaba y que no determinaban deterioro alguno en su constitucion. Modifiqué convenientemente el tratamiento, observando con regularidad á la enferma.

En una de las consultas que me hizo llegué á saber que un médico de la Frontera la habia sujetado á la debridacion del cuello uterino por atresia del conducto cervical. Desde entonces sus periodos menstruales se hacian con regularidad, sin cólicos ni escasez notable de sangre.

Durante el curso de su embarazo no ofreció nada de particular y al noveno mes, reconociéndola escrupulosa-

mente me cercioré que habia una presentacion pelviana. Siendo tiempo de remediarla cité á la Señora Ester Rosado de Orozco y procedimos por maniobras externas, segun las reglas del arte á invertir la presentacion.

Por aquellos dias salí de la Capital dejando muy recomendada mi enferma con el Dr. Orive y la citada partera. Regresé el 17 de Septiembre, hallando varios recados escritos de parte de ésta enferma que se encontraba ya en trabajo. Ocurrí á verla inmediatamente y supe por la partera que hasta aquel momento no habia nada notable, salvo estarse prolongando algo el periodo de dilatacion. Toqué el cuello, apenas permitia el paso del dedo, el feto conservaba la posicion que artificialmente le habiamos dado. No creí oportuno por aquel momento indicar mas de un baño bastante tibio y largo para ayudar á la dilatacion. Esto pasaba á las siete de la tarde, contándose ya con trece horas de dolores no violentos. Creí que durante la noche se completaria la dilatacion y dejé muy recomendada á la partera me pusiera al tanto de cualquier incidente. El 18 por la mañana hallé á la enferma en el mismo estado, lo que me sorprendió bastante, atendiendo sobre todo á ser multípara. Ensayé entonces las inyecciones vaginales de agua caliente con la esperanza de facilitar la dilatacion del cuello, poniendo así un término á aquella penosa situacion. Me proponia si no surtia este medio, emplear el cloroformo para la anestesia general, con lo que de seguro retardaría los dolores, ya muy frecuentes en esos momentos y facilitaria así la abertura del cuello. Como único motivo formal de inquietud en ese dia, observaba algun timpanismo en la enferma y cierta fatiga.

A las cinco de la tarde, despues de largas seciones

de inyecciones vaginales practicadas por la partera, encontré la misma dilatacion en el cuello, pero con dolores expulsivos que hacian descender notablemente la matriz. Alarmado en extremo por semejantes condiciones, pedí inmediatamente el cloroformo y me disponía á administrarlo cuando la enferma con dolorosa exigencia me obligaba de nuevo á tocarla, diciéndome que sentía salir algo por la parte. Llevé mi mano á la vulva y con gran sorpresa hallé fuera la cabeza del niño; ayudé un poco su expulsion completa, lo separé rápidamente de la madre para volverlo á la vida, pues se asfixiaba, mientras la partera cuidaba á la enferma. Restablecida la respiracion y bautizado el niño, pasé al lado de la enferma. Con ligera ayuda se expulsó la placenta. Entre tanto, la desgraciada señora se sacudia violentamente bajo la influencia de un intenso calofrio: sus facciones estaban descompuestas, el pulso deprimido, el vientre mas timpánico que antes. Creí se trataba de una hemorragia interna y busqué con avidez el estado de la matriz. Rechazadas las asas intestinales hasta donde era posible, encontré aquel órgano con las dimensiones naturales para esos momentos y fuertemente contraidas. Confieso que me hallé perplejo ante tal situacion: no podia explicarme como habiendose desembarazado la matriz y no habiendo hemorragia interna el vientre se abultaba mas y mas.

Practicamos algunas fricciones excitantes en las extremidades, le hicimos ingerir un poco de cognac mezclado con agua y tomando la temperatura vimos se elevaba á 40°. Cada vez se me hacia mas inexplicable tan extraordinaria y alarmante situacion. Deseaba oir la opinion de algun compañero, y tanto por este motivo como por refrescar mis ideas, salí de la casa, recomendando á la

partera insistiera en las fricciones excitantes y en el uso del cognac. Apenas había llegado á mi casa, cuando se me llamaba de nuevo, anunciándome que la enferma estaba en agonia. Corrí inmediatamente acompañado del Dr. Orive, que estaba en mi casa, para presenciar el término fatal de aquel accidente. Encontramos á la parida casi en agonia: palidez extraordinaria del semblante, frias las extremidades, pulso muy concentrado y vientre en el mismo estado de abultamiento que antes. La Sra. Rosado nos comunicó que un violento delirio había precedido á aquella agonia, que al iniciarse ésta, temiendo se tratara de una hemorragia interna, llevó la mano al interior de la matriz con algunas dificultades, sin encontrar en su cavidad otra cosa que un cuerpo extraño de forma rara y adherente que no creyó debido extraer. Ella presenció y yo tambien habia presenciado poco despues del parto una inquietud extraordinaria en la enferma y aun algo de delirio, pues recuerdo que me equivocaba frecuentemente con su esposo llamándome por su nombre. A estos periodos sucedieron los síntomas descritos, ante los cuales nos hallamos del todo impotentes. Pocos momentos despues de nuestra llegada espiró la enferma. Serían entónces las diez de la noche.

Extractamos las concluciones de nuestro inteligente maestro Dr. Mejia en los términos siguientes:

1ª La causa de la dificultad de la dilatacion del cuello fué indudablemente la cicatriz extensa de su borde consecutiva á la debridacion hecha algunos años antes.

2ª El timpanismo exagerado fué debido, al principio por el obstáculo mecánico á la salida de gases y materias, y despues por el pellizcamiento intestinal.

3ª El producto fué expulsado con gran rapidez por

la ruptura del cuello y segmento inferior de la matriz, presentando la primera mayor amplitud que la segunda ó supra-vaginal.

4ª La hernia del intestino con parte del epiplon por la ruptura explicó la ansiedad extraordinaria que siguió al parto, la concentracion del pulso, los síntomas de extrangulacion, de peritonismo, en fin, que causaron la muerte.

V.

Tomamos de la tésis del Dr. José T. Anzorena la siguiente observacion: La Sra. X. como de 30 años de edad, de buena constitucion, se declaró en trabajo á mediados del año de 1883. El Sr. Dr. San Juan fué llamado al siguiente dia para asistirla, y encontró lo siguiente: una señora obesa en grado excesivo; el vientre en alforja; por la palpacion le pareció que el producto estaba abocado de vértice, por la auscultacion encontró los latidos del feto, pero débiles por la gran cantidad de grasa de las paredes abdominales; por el tacto vaginal creyó tocar una de las bosas parietales, no pudiendo afirmarlo por encontrarse la parte abocada sumamente alta; la dilatacion del cuello era de tres á cuatro centímetros. Queriendo rectificar el diagnóstico, volvió momentos despues á reconocer á la señora, y pudo por el tacto vaginal tocar con claridad uno de los isquion, así como la vulva del producto: la bolsa se habia roto desde la madrugada; el cuello estaba edematoso, al grado que el labio anterior tenia el volúmen de un huevo de paloma; al sacar el dedo el Dr. San Juan vió que tenia meconio, los dolores sumamente intensos y de mucha duracion, venian cada cuarto de minuto y du. raban minuto y medio; el útero estaba casi tetanizado-

El repetido Sr. San Juan puso una sábana en forma de corbata cuyos cabos se ataron á las columnas de la cabecera de la cama; estando muy inquieta la enferma, ordenó un baño de agua tibia y ademas administró á la enferma, el cloroformo; con este medio consiguió, primero, que los dolores se regularizaran, pues vinieron despues con un minuto de intervalo, y segundo, que la enferma sufriera menos; pero habiéndole venido síntomas de asfixia, desistió del cloroformo y solicitó la presencia de otros facultativos para seguir la cloroformizacion. A las once vió que la dilatacion aumentaba, el meconio salia en mayor cantidad, los latidos no se percibian y la parte presentada descendia muy poco. A las doce la enferma dijo que sentia una cosa muy extraña, y descansó un poco de los dolores, á poco rato sintió un dolor agudísimo en el flanco izquierdo, las facciones se descompusieron y una abundante hemorragia se declaró por la vulva; el pulso se hizo muy pequeño: en ese momento el Dr. San Juan encargó á la partera que sostuviera el vientre, pues dicho facultativo diagnosticó una ruptura del útero, é introdujo el dedo para ver lo que encontraba en el canal; entónces pudo sentir el vértice del cráneo del producto: en ese momento llegó mi inteligente maestro el Sr. Dr. Capetillo, é informado del caso, hizo el tacto, se encontró la matriz vacia y sintió la desgarradura del útero. La señora murió momentos despues.

En el caso anterior dos causas fueron las que produjeron la muerte de la señora: la una fué la desviacion del útero, la otra fué la polisarcia.

VI.

Del tomo XV de la Gaceta Medica tomamos la observacion siguiente del Sr. Dr. J. Fenelon. "El dia 23

del presente [Junio de 1880], por la mañana fuí llamado para ver á una desgraciada, quien, segun, me dijeron, llevaba dias de no poder parir.

A mi llegada la encontré en el suelo, con todas las señales de la mayor gravedad: facies característico de la peritonitis, meteorismo y falta absoluta de contracciones uterinas. El brazo derecho del feto procidente, sin pulsacion, ligeramente turgescente y con alguna descamacion del epidermis ya seco; me informaron que el 21 á las nueve y media de la noche habia salido el brazo en medio de los dolores; que el 22 por la mañana habían cesado éstos; que se había pasado el dia en busca de un médico pedido por la partera: no pudiendo encontrar á ninguno que se prestara á venir en auxilio de la paciente, habian solicitado á otra partera, y ésta en la noche del 22 unida á la primera había intentado, sin lograrlo, la reduccion del brazo.

La paciente estaba en el suelo, se consiguió inmediatamente una cama en la misma vecindad, y sin pérdida de tiempo introduje la mano. No encontré resistencia ninguna, llegué al pié derecho, siguiendo el mismo lado del cuerpecito. Sin esfuerzo de mi parte, como sin contraccion de parte del útero, pude hacer venir los dos pies á la vulva, y se verificó sin tropiezo la version. La sangre que acompañó al cuerpo era en su mayor parte coagulada; poca fué la que escurrió de un modo activo. La cabeza permaneció un momento corto en la vulva. Viendo que no habia contraccion, se introdujo un dedo en la boca y se hizo salir sin dificultad; sobre ella venia la placenta aplastada completamente y marchita como cuando lleva tiempo de haberse desprendido, pero tras de la placenta venia el epiplon alargado, al grado de que saliera una cuarta fuera de la vagina.

La hemorragia fué relativamente moderada, tanto durante la version como despues. Ninguna contraccion hubo tampoco, ni despues ni antes.

La presencia de la placenta marchita encima de la cabeza, indicaba que hacia tiempo se habia desprendido. La presencia del epiplon tras de ella indicaba forzosamente ruptura del útero, ó cuando menos de la vagina."

El Dr. Fenelon concluye admitiendo: que la ruptura no pudo atribuirse á las maniobras de las parteras, porque fueron muy limitadas, segun los informes que le dieron las personas que las presenciaron; que la culpa del accidente fué la permanencia durante lo menos treinta y seis horas de un feto muerto dentro del útero con el brazo procidente; es decir, absolutamente á secas y en la imposibilidad de salir. Dice que: evacuadas las aguas, la fibras uterinas, apoyando tetánicamente sobre el cuerpo que debian expeler, hayan llegado á mortificarse por partes hasta romperse.

*
* *

Hago público mi sincero reconocimiento hácia el Sr. Dr. Fernando Zárraga por el poderoso auxilio científico que bondadosamente se ha dignado prestarme, tanto en éste estudio como en un caso particular que jamas olvidaré.

*
* *

Solicitando la benevolencia del H. Jurado por las numerosas faltas en que incurre en este humilde trabajo, dá punto final el último pero agradecido de sus discípulos.

Francisco Hinojosa.

Agosto de 1892.